

Патогенетична синергія психоемоційних порушень та неклапанної ФП в умовах хронічного стресу в Україні

М.М. Долженко¹, В.А. Несукай¹,
Н.А. Білоусова¹, Л.Є. Лучинська¹,
Н.А. Кожухарьова¹

Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика, Київ

В Україні масштабний вплив психоемоційного навантаження, спричинений війною, збігся з високою поширеністю неклапанної фібриляції передсердь (нФП). В таких умовах актуалізуються підходи до надання медичної допомоги з точки зору клінічної та соціальної проблеми.

Мета. Проаналізувати епідеміологічні, патофізіологічні та клінічні чинники впливу між тривожно-депресивними розладами та нФП за умов хронічного стресу воєнного часу з урахуванням оптимізації фармакотерапії та інтеграції психічного здоров'я в кардіологічну практику з індивідуалізованими підходами.

Матеріали і методи. Проведено аналіз міжнародних та національних даних доказової медицини з акцентом на механізми нейрогуморальної активації, запалення, фармакокінетичних взаємодій лікарських засобів та поведінкових факторів ризику виникнення нФП.

Результати. Встановлено, що хронічний стрес, в якому перебуває до 83% населення, має вплив на розвиток тривоги, депресії та емоційного виснаження, які запускають механізми розвитку нФП. Визначено, що психоемоційні порушення сприяють ремодельованню передсердь та порушенням ритму серця через активацію вегетативної нервової системи, гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, запальних шляхів, оксидативного стресу. При цьому нФП посилює психологічний дистрес через прогресування захворювання, зниження церебральної перфузії та соціальної ізоляції. З'ясовано, що використання складних схем лікування нФП призводить до ризиків виникнення клінічно значущих взаємодій лікарських засобів.

Висновки. Для забезпечення оптимальних клінічних результатів виникає необхідність поєднувати фармакотерапію нФП з корекцією поведінкової терапії та засобами цифрового здоров'я. Неклапанна фібриляція передсердь в умовах хронічного стресу під час війни в Україні слід розглядати як багатовекторну патологію, що формується взаємодією між серцево-судинною системою та психічним здоров'ям, що вимагає переходу до індивідуалізованих мультидисциплінарних стратегій надання медичної

допомоги з інтеграцією скринінгу психічного здоров'я та нефармакологічних втручань.

Ехокардіографічний менеджмент ресинхронізаційної терапії – фокус на мітральній регургітації

Ю.І. Карпенко, Н.В. Павлінова

Одеська обласна клінічна лікарня, відділення аритмій серця

В останні роки стрімко зростає науковий та практичний інтерес до прямої стимуляції пучка Гіса (СПГ) та лівої ніжки пучка Гіса (ЛНПГ) – стимуляція провідної системи серця (СПСС).

Матеріали і методи. Проаналізовані результати останніх 100 операцій СПСС для кардіоресинхронізаційної терапії: блокада ЛНПГ – 74 пацієнти, тахікардіопатії, Upgrade – 26 хворих.

Імплантували електрод Select Secure 3830 з системами доставки С 315 His та С 304 Select Site (керівана), Medtronic, США.

Стимуляція пучка Гіса – 38 процедур. Технічно успішна стимуляція пучка Гіса (нормалізація QRS або ширина QRS менш 120 мс, резолюція блокади ЛНПГ, зменшення механічної систоли ЛШ) була досягнута у 29 хворих (76.4%).

Стимуляція ЛНПГ – 62. Технічно успішна стимуляція ЛНПГ була у 57 хворих (91.9%).

В цілому, технічно успішна СПСС досягнута у 86% всіх пацієнтів.

Період спостереження становив 15 ± 6 міс. Респондерами до ресинхронізуючої терапії були 79 із 86 пацієнтів з технічно успішною процедурою (91.9%). ФВ у них збільшилась з $27 \pm 7\%$ до $42 \pm 10\%$. Глобальний стрейн лівого шлуночка (GLS) збільшився з $-4.5 \pm 1.8\%$ до $-7.1 \pm 2.1\%$. OWD (септо-латеральна затримка) зменшилась з 198 ± 76 мс до 98 ± 48 мс. Зменшення ступеня мітральної регургітації з ІІ до ІІ в групі ЛНПГ на 15,3% вище порівняно з групою пучка Гіса.

Період спостереження становив 15 ± 6 міс.

Ускладнення виникли в 5% випадків. Дислокація електрода – 3%, зростання порогу стимуляції вище 5 Вольт – 2.0%. (Усі в групі Гіс-стимуляції).

Щорічна смертність становила 4.5%. Прогнозована смертність в цієї групи без операції – 10%.

Практичний підхід до місця імплантації електрода. Проведення трансторакальної ехокардіоскопії. Визначення анатомії перетинки. При наявності гіпертрофії, фіброзу МШП – стимуляція пучка Гіса як першочерговий підхід. При відсутності даних критеріїв – стимуляція ЛНПГ як первинний підхід.

Висновки. СПСС – вискоєфективний метод лікування СН у хворих з БЛНПГ, тахікардіопатією та показаннями до ресинхронізуючої терапії. В міру